

**FORSIDEARK**

TIL BRUK VED ALL INNLEVERING AV EKSAMEN I  
VIDEREUTDANNINGER VED HØYSKOLEN DIAKONOVA

Fylles ut av kandidaten:

**Del 1**

<b>Videreutdanningens navn:</b>	<b>(kryss av):</b>
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med kreftsykdom	Heltid:
	Deltid:
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med nyresykdom	
Helsesøsterutdanning	x
Videreutdanning til hygienesykepleier/smittevernrådgiver	
Årsstudiet i kristen sjelesorg	

**Del 2**

<b>Kandidatnummer:</b> (Brukes kun ved fordypningsoppgave i form av artikkel)	422, 429
<b>Veileders navn:</b> (Brukes kun ved fordypningsoppgave i form av artikkel)	Liv Sandnes Aabø
<b>Kull:</b>	12
<b>Semester og år:</b>	4. semester, 2014
<b>Tidspunkt og dato for innlevering:</b>	29.01.14
<b>Antall sider vedlagt dette forsidearket:</b>	18
<b>Antall ord:</b>	3000

# **Hvordan kan helsesøster bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn mellom 0-2 år?**

## **Sammendrag**

Studiens bakgrunn: Omsorgssvikt øker i omfang, noe som kan ha sammenheng med økt kunnskap og kompetanse blant helsepersonell. Emosjonell omsorgssvikt kan gi alvorlige konsekvenser for psykisk helse og livskvalitet. Helsesøster har en unik mulighet til å oppdage omsorgssvikt, da tilnærmet 100 % av barn i alderen 0-5 år har kontakt med helsestasjonen.

Studiens hensikt: Å gi økt kunnskap om hva helsesøster kan gjøre for tidlig å oppdage barn som er utsatt for omsorgssvikt.

Metode: Litteraturstudie med søk i databasene Svemed+, Medline, Cochrane Library og Norart i perioden oktober - desember 2013.

Resultat: Artiklene viser at "Care Index" og "Mother and Baby Interaction Scale" er verktøy som kan bidra til å kartlegge samspillet mellom mor og barn. Samspill kan også observeres i trøstesituasjoner.

Konklusjon: Observasjon av samspill kan bidra til å avdekke omsorgssvikt. Med økt kompetanse om samspill/tilknytning, kan helsesøster få en mer sentral rolle i å oppdage omsorgssvikt hos barn på helsestasjonen.

Nøkkelord: samspill, mor, barn, helsesøster, observasjon.

## **Abstract**

**Title:** How can public health nurse help detect neglect in children aged 0-2 years?

**Background:** Child neglect is increasing, something that may be related to increased knowledge and skills among trained health personnel. Emotional neglect can have serious consequences for mental health and quality of life. Public health nurses have a unique opportunity to help discover neglect, since close to 100 % of children aged 0-5 years have contact with the health clinic.

**Aim:** The purpose of this article is to increase knowledge about what the public health nurse can do to early detect children who are victims of neglect.

**Method :** Literature study. We consulted Svemed+, Medline, Cochrane Library and Norart during the period October - December 2013.

**Result:** The articles shows that "Care Index" and " The Mother and Baby Interaction Scale" are tools that can help survey the interaction between the mother and child. Interaction can also be observed in comforting situations.

**Conclusion:** Observation of interaction can help to uncover neglect. With increased knowledge about the interaction/association, public health nurses can have a more central role in detecting neglect of children at the health clinic.

**Key words:** Interaction, mother, baby, public health nurse, observation.

## INTRODUKSJON

Omsorgssvikt handler om at barnet får for lite omsorg, for lite beskyttelse mot farer, og for lite, for uegnet, for ensidig eller for skadelig stimulering (Kvello, 2010). Det er vanskelig å anslå omfanget av omsorgssvikt, da det kan skjules av både foreldre og barn (Killén, 2009). I følge Clausen og Valset (2012) er omfanget økende og det vekker bekymring. Fra 1995-2008 økte antall barn som er utsatt for omsorgssvikt med 22 %. Det stilles spørsmål om veksten skyldes en reell økning i omsorgssvikt, eller om det skyldes at barnevernet er tilført mer ressurser til arbeidet med omsorgssvikt (Clausen & Valset, 2012). I følge Killén (2009) kan økningen ha sammenheng med økt kompetanse og kunnskap om omsorgssvikt. Det er ulike former for omsorgssvikt og betegnelsene anvendes ofte om hverandre (Killén, 2009). Kvello (2010) skiller omsorgssvikt fra vold og mishandling, og deler det inn i blant annet fysisk-, utviklingsmessig- og emosjonell omsorgssvikt. Emosjonell omsorgssvikt omhandler ignorering av barnets kontaktsøking og signaler, lite respondering på og involvering i barnet, psykisk fjernhet og emosjonelt liten tilgjengelighet for barnet (Kvello, 2010). Det er lite forskning om emosjonell omsorgssvikt, men studier viser at emosjonell omsorgssvikt kan gi alvorlige konsekvenser for psykisk helse og livskvalitet (Kvello, 2010). I følge Smith (2010) er emosjonell omsorgssvikt i tidlig barnealder, sannsynligvis en av de viktigste medvirkende årsakene til senere psykiske vansker.

Grunnet økende omfang og alvorlige konsekvenser av omsorgssvikt, er det betydningsfullt for samfunnet å forebygge dette (Killén, 2005). Oppdages omsorgssvikt på et tidlig tidspunkt kan samfunnet spares for kostnader, ved å forebygge fremfor å behandle (Glavin & Helseth 2005). Helsesøster har kontakt med nær 100% av barn mellom 0-5 år. Dette gir helsesøster en unik mulighet til å bidra i forebygging av emosjonell omsorgssvikt (Glavin & Helseth, 2005). I følge FNs barnekonvensjon forplikter staten å beskytte barna mot blant annet psykisk mishandling og forsømmelse (Barne- likestilling- og inkluderingsdepartementet, 2000). De som arbeider med barn og unge har på vegne av samfunnet i oppgave å støtte barn og deres foreldre (Larsen, 2005). Helsesøster skal bidra til å sikre barn og unge et godt oppvekstmiljø, fremme psykisk og fysisk helse, samt forebygge sykdom og skade (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). I følge Killén (2003) kan samspillet mellom mor og barn vise kvaliteten på den omsorgen barnet får. Helsesøster skal ha fokus på samspill i konsultasjonene (Sosial- og

helsedirektoratet, 2004). I følge den britiske barnepsykiateren og psykoanalytikeren John Bowlby, er barnet klar til å gå inn i samspill fra fødselen av (Bowlby, 1958). Bowlby hadde en teori om at følelsesmessig tilknytning til mor har betydning for barnets psykologiske utvikling (Store Norske Leksikon, 2014). Han innførte begrepet separasjonsangst, som omhandler redselen barn viser når omsorgsgiver er utenfor synsvidde. Han observerte at mangel på tidlig tilknytning og/eller separasjon fra foreldre er traumatisk for barn. Bowlbys teorier danner grunnlaget for den generelle holdningen man har om tilknytning i dag (Store Norske Leksikon, 2014).

Hensikten med artikkelen er å gi økt kunnskap om hvordan helsesøster kan bidra til å oppdage barn som er utsatt for omsorgssvikt. Problemstillingen er ”hvordan kan helsesøster bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn mellom 0-2 år?” Vi fokuserer på observasjon av samspill mellom mor og barn, da dette i følge Killén (2009) kan avdekke omsorgssvikt. Videre fokus er helsesøsters rolle på helsestasjonen, da undersøkelser viser at en ofte kommer for sent inn til barn som trenger hjelp (Smith, 2010). Forskning viser at hjelpen bør skje på spedbarnsstadiet og i tidlig småbarnsalder (Killén, Klette & Arnevik, 2006), derfor avgrenser vi problemstillingen til barn mellom 0-2 år. Vi ekskluderer hjemmebesøk da ikke alle helsestasjoner har tid til å prioritere dette. Vi har fokus på sekundærforebygging, der problemet skal oppdages så tidlig som mulig for å unngå videreutvikling (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Hovedfokuset er friske mødre og barn, men forskning viser at depresjon hos mødre påvirker kvaliteten på mor – barn- samspillet og derfor inkluderer vi også dette. Omsorgsgiver er ikke nødvendigvis barnets biologiske mor eller far, men den som står barnet nærmest. Vi velger å omtale omsorgsgiver som “mor” for kontinuitet i artikkelen.

## METODE

Artikkelen er et litteraturstudie og litteraturen er hentet fra forskningsartikler, fagbøker, fagartikler, tidsskrift, samt pensumliste for utdanningen. Vi gjorde litteratursøk i databasene Svemed+, Medline, Cochrane Library og Norart fra perioden mai - desember 2013. Søkeord var: "omsorgssvikt", "helsesøster", "mor", "barn", "samspill", "tilknytning", "emotional abuse", "neglect", "prevalence", "physical abuse", "child abuse", "public health nursing" og "interaction". Vi la hovedvekt på publisert litteratur rettet mot helsesøster, utgitt etter 2003. Eldre litteratur ble inkludert der den ble ansett som nødvendig for artikkelen. Sekundærlitteratur ble inkludert der primærkilden ikke ble funnet. Det er begrenset forskning om emosjonell omsorgssvikt, derfor inkluderte vi artikler om omsorgssvikt generelt med fokus på samspill. Litteratur som omhandler barn over 2 år ble ekskludert, da dette ikke var relevant for problemstillingen. Vi ekskluderte litteratur som omhandler konsekvenser av omsorgssvikt, da fokuset for artikkelen er hvordan omsorgssvikt kan oppdages. Det tas forbehold om at relevante artikler kan ha blitt utelatt, grunnet begrensede søkeferdigheter.

Av 549 treff fant vi 11 artikler relevante, hvorav 2 var forskningsartikler. Tittel og sammendrag ble lest for å vurdere artikkelens relevans. Relevante artikler ble lest i fulltekst og vurdert i forhold til sjekkliste fra Nasjonalt kunnskapssenter. Vi vurderte hvorvidt resultatene var troverdige, hva de forteller oss, og om de kan være til hjelp i praksis (Kunnskapssenteret, 2008). Vi har anvendt en doktorgrad som vi ble introdusert for i en forelesning ved utdanningen. Denne har vi ikke funnet i databaser, men den er tilgjengelig i papirformat på bibliotek ved Høyskolen Diakonova, samt i elektronisk format som NOVA rapport.

**Tabell 1:** Antall relevante og inkluderte artikler

Database	Treff	Relevante	Inkluderte
Svemed+	50	4	0
Medline	51	2	1
Cochrane Library	124	1	0

Norart	324	4	1
<b>Totalt</b>	<b>549</b>	<b>11</b>	<b>2</b>

**Tabell 2:** Funn i artiklene

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
Killén K, Klette T & Arnevik E. 2006	Norge	Øke forståelsen av tidlig samspill og gi økt kunnskap om det som er ”godt nok”, ”risikosamspill” og ”omsorgssvikt-samspill”. Legge grunnlaget for utviklingen av kriterier for forebyggelse og tidlig behandling av omsorgssvikt og psykiske problemer hos barn.	Del av longi-tudinelt studie. Video-observasjon	293 mor-barn-dyader	Signifikant forskjell mellom normal-befolkningen og den institusjonaliserte befolkningen. Høyt samsvar mellom utdanning, nettverk, sosiale stressfaktorer og sensitivitet.
Høivik M.S,	Norge	Undersøke om «The Mother	Pilot studie. Bruk av	76 ny-bakte	«MABISC» er et lovende

Burkeland N.A, Linaker O.M & Berg- Nielsen T.S. 2013		and Baby Interaction Scale» er et gyldig instrument for effektiv screening av samspill i nyfødte- perioden.	spørre- skjema.	mødre	instrument for tidlig screening av mor- spedbarn forholdet og egner seg for helsepersonell.
Klette, T. 2007	Norge	Bidra til en bedre forståelse av hva trøst er dets betydning for barnets trygghet.	Bygger på og er en videreføring av en langtidsun- dersøkelse. Intervju av et strategisk utvalg.	17 mødre	Det er sammenheng mellom trøst og tilknytningstryg- ghet ved 1 år.



## RESULTATER

I artikkelen “Tidlig mor – barn -samspill i norske familier” ønsker Killén, Klette og Arnevik (2006) å gi en økt forståelse og økt kunnskap om tidlig samspill. Forskningen viser at det er mulig å dokumentere forskjeller i mor - barn samspill ved hjelp av Care - Index (CI). CI er utviklet av Patricia Crittenden på grunnlag av tilknytningsteori, og er et skåringssystem som ved bruk av videoopptak på 3-5 minutter, kan analysere foreldre - barn- samspill. Fokuset for skåringssystemet er mors sensitivitet overfor barnets signaler. Mors atferd skåres som sensitiv, passiv ellers kontrollerende og barnets atferd skåres som samarbeidende, vanskelig, passiv eller tvangsmessig underkastende. Mor og barn skåres i forhold til hverandre, og en poengsum avgjør om samspillet er «godt nok», om det er «risikosamspill» eller om det er «omsorgssviktssamspill». Mors tilknytning til barnet blir vurdert i forhold til ansiktsuttrykk, stemme, fysisk posisjon og kroppskontakt, uttrykk for hengivenhet, turtaking, kontroll og valg av aktivitet. Sensitivitetsskåringen hos mor kan være påvirket av betydningsfulle faktorer som fødselsrekkefølge, sosialt nettverk, prematur fødsel, psykososiale belastninger og utdanning (Killén et al., 2006). I artikkelen kommer det frem at forholdene ligger godt til rette for å styrke foreldrenes sensitivitet ovenfor barnas behov på helsestasjonen. I følge Killén et al. (2006) har helsesøster mulighet til å observere mor og barn i ulike situasjoner, blant annet gjennom gruppekonsultasjoner som for eksempel barselgruppe. Her kan helsesøster observere samspillet i aktiviteter som omhandler barnets behov og utvikling. Ved observasjon av barnets motorikk og lek, vil en tidlig kunne observere hvor adferden til mor er passiv eller kontrollerende (Killén et al., 2006). For at helsesøstre skal kunne oppdage risiko- og omsorgssviktsituasjoner er det viktig å samarbeide med andre profesjoner, og tilknytningsteori bør være et sentralt tema i deres utdanning (Killén et al., 2006).

I “The Mother and Baby Interaction Scale: a valid broadband instrument for efficient screening of postpartum interaction?” har Høivik, Burkeland, Linaker og Berg-Nielsen (2013) studert hvorvidt The Mother and Baby Interaction Scale (MABISC) kan bidra til effektiv screening av samspill. MABISC er et spørreskjema, som kan brukes for tidlig å kartlegge kvaliteten på forholdet mellom mor og barn. De har anvendt MABISC og Postpartum Bonding Questionnaire scale (PBQ), sammen med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). PBQ er et spørreskjema som er brukt ved undersøkelse av

mødre i høy- risiko- befolkning. I en normal befolkning hvor det ikke er forventet spesielle problemer, mener de at MABISC vil være mer praktisk å bruke. Studien viser samsvar mellom høy score på MABISC og høy score på EDPS. Selv milde symptomer på depresjon hos mor kan påvirke samspillet mellom mor og barn. I artikkelen kommer de frem til at spørreskjemaet er egnet for helsepersonell i arbeid med nybakte mødre. Spørreskjemaet kan ikke erstatte en klinisk vurdering, og bør suppleres med en grundig samtale. Det kan være lettere å svare ærlig på sensitive temaer i et spørreskjema, enn i en samtale hvor en sitter ansikt til ansikt (Høivik et al., 2013). Det kommer frem at det er mest hensiktsmessig å observere mors tilknytning til barnet, da den nyfødtes signaler kan være vanskelig å tolke (Høivik et al., 2013).

I “Tid for trøst” av Klette (2007) er hensikten å bidra til en bedre forståelse av trøstens betydning for barnets trygghet. Gjennom intervju og observasjon av mødre, kommer det frem at evnen til å gi trøst har stor sammenheng med erfaring som omsorgsgiver har fra sin egen oppvekst. Trøst er lært atferd og gjentas over generasjoner. Det kommer frem av artikkelen at fysisk trøst beskrives som den viktigste og mest virkningsfulle formen for trøst. Å bli holdt rundt, strøket på kinnet og/eller få sitte på fanget er av stor betydning for barnets opplevelse av trygghet. Samtidig anses disse faktorene som sentrale omsorgsfunksjoner hos mor (Klette, 2007). For barn er det viktig at trøsten kommer til riktig tid, og av den samme personen over tid. Det er nødvendig at mor svarer raskt og regelmessig på barnets uro, smerte eller frykt, for at barnet skal lettere kunne regulere og håndtere følelsene sine. De mødre som selv hadde opplevd å bli trøstet som barn, var tilgjengelige og reagerte positivt og kjærlig når behov for trøst oppstod (Klette, 2007). Den vanligste formen for trøst som ble observert var at barnet ble løftet opp, holdt rundt og strøket på. Artikkelen viser at det er en sterk sammenheng mellom mødres egne erfaringer med trøst og barnas tilknytningstrygghet ved ett år. Hos barn som opplever å bli trøstet ser en ofte avslappethet, vennlighet, ro, åpenhet, integrering, aksept, fleksibilitet, refleksjon, balanse og villighet til å utforske. Noen av tegnene kommer ikke til syne før barnet blir eldre (Klette, 2007). Selv om materiell belønning kan virke avledende, kan det i følge Klette (2007) ikke beskrives som trøst.

## **DISKUSJON**

### **Verktøy**

I følge Killén et al. (2006) er det urealistisk at helsesøstre på helsestasjoner skal kunne sette seg inn i det detaljerte kodesystemet til CI. På en annen side er det stort samsvar mellom summen av scoringer i CI og det helhetsinntrykket helsepersonell som anvender CI har. 7 av 10 helsesøstre uttaler at de ikke har nok tid til å arbeide forebyggende, noe som begrenser mulighetene for å anvende videoobservasjon i konsultasjonene (Helmers & Dolonen, 2013). Helsesøster observerer derimot mor og barn utover de 3-5 minuttene som anvendes i CI, samt i ulike situasjoner (Killén et al, 2006). En undersøkelse viser at helsøstre ser på helheten, fremfor enkeltelementer i samspillet (Storå, Stordalen, Stjern, Strøm & Sveinnhaug, 2002). Dersom helsesøster blir kjent med elementene som inngår i CI, vil hun da kunne benytte disse i helhetsvurderingen av mor og barn? Killén et al., (2006) hevder at dersom det eksisterte en forenklet utgave av CI, kunne det vært hensiktsmessig å benytte denne på helsestasjonen. Mange skjemaer på helsestasjonen vekker stort engasjement. Helsesøster Inger Wergeland uttaler i Bergensavisen at kartleggingen av barn er et viktig verktøy, for raskt å kunne oppdage avvik (Flatekvål, 2014). På en annen side innføres stadig nye skjemaer og kartlegginger på helsestasjonen, særlig om psykisk utvikling. I følge leder for Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund, Astrid Grydeland Ersvik, er skjemaene nyttige, men den totale mengden blir for stor (Flatekvål, 2014). Er det likevel sannsynlig at MABISC kan innføres for helsesøstre på helsestasjonen? I følge Høivik et al. (2013) er MABISC egnet for helsepersonell, da det er enkelt å gjennomføre, lite tidkrevende, kostnadseffektivt og gir helsesøster et innblikk i mors syn på hennes tilknytning med barnet. Felles for verktøyene er at de ikke kan brukes alene i vurderingen av samspillet mellom mor og barn. Helsesøsters kunnskap og samtale med mor er fortsatt viktig for å kunne oppdage omsorgssvikt (Killén et al., 2006). Wergeland hevder at helsestasjonen kan oppleves som overveldende for enkelte. I følge Ersvik bør helsesøster i blant se forbi skjemaene og unngå å skremme mor unødvendig. Det viktigste er tross alt kontakten med barnet og relasjonen med mor (Flatekvål, 2014). På en annen side kan det være nyttig å anvende MABISC i praksis, da det kan være lettere å svare ærlig på et spørreskjema enn ved en samtale (Høivik et al., 2013).

## Observasjon

Barlow, MacMillan, Macdonald, Bennet og Larkin (2013) og Killén et al. (2006) fokuserer alle på observasjon av mors sensitivitet overfor barnets behov og signaler. Ulland (2005) beskriver også dette som interessant, da enkelte mødre ikke virker sensitive overfor barnets behov eller følelser. På en annen side er det viktig å forstå hvilket syn barnet har på sin mor (Community Practitioners, 2012). I arbeidet med å forebygge omsorgssviktssituasjoner poengterer Killén (2003) viktigheten av dette. Hos mor kan helsesøster observere ansiktsuttrykk, stemme og turtaking (Killén et al., 2006). Er mor imøtekommende, beroligende og vennlig mot barnet? Gir hun blikkontakt og responderer på barnets initiativ? (Killén et al., 2006). I følge Ulland (2005) kan samspillet avspeiles gjennom måten mor snakker til barnet på og hvordan hun svarer på barnets lyder. Killén et al. (2006) er bevisst på om mor har kontakt med barnet, eller om hun er mest opptatt av samtalen med helsesøster. Helsesøster kan også observere mors fysiske posisjon og kroppskontakt (Killén et al., 2006). Relasjonen mellom mor og barn kan observeres gjennom måten mor holder barnet sitt på (Ulland, 2005). Dersom barnet ligger i mors armer, men holdes på avstand, kan det tyde på at de ikke har den nærheten de har behov for, og dermed ikke et godt samspill (Ulland, 2005). Nærhet, tilstedeværelse, omfavnelse og berøring er sentrale omsorgsfunksjoner (Klette, 2007). Helsesøster kan observere mors atferd ut i fra hennes opplevelse av barnet sitt (Killén et al., 2006). Ulland (2005) er opptatt av måten mor omtaler barnet på. Enkelte mødre beskriver barnet som irriterende og krevende, eller de kan være kritiske til barnet og ignorere dets signaler (Community Practitioners, 2012).

Selv om det kan være lettere å observere mor, finnes det tegn som helsesøster kan observere hos barnet (Killén, 2003). I følge Killén (2006) kan barnet være samarbeidende, vanskelig, passivt eller anstrengende i forhold til mor. Barn har behov for en trygg base og mulighet til å utforske verden under trygge forhold (Killén, 2010). Circle of Security (COS) er et verktøy som viser barnets behov for å utforske omgivelsene og søke tilbake til mor når tilknytningsbehovet er utløst (Torsteinson, Brandtzæg & Powell, 2010). Helsesøster kan observere barnet i utforskning av nytt sted og nye leker (Killén, 2010). Andre tegn som kan observeres hos barnet er forsinket språk- og motorisk utvikling, tydelig sinne og unnvikelse fra mor. Barn som utsettes for

emosjonell omsorgssvikt kan bli gradvis mer sint og aggressiv når de nærmer seg 2 år, særlig i samvær med andre barn (Community Practioner, 2012).

Trøst har sammenheng med tilknytning mellom mor og barn (Ulland, 2005). Fysisk trøst er betydningsfullt for barnets opplevelse av trygghet (Klette, 2007). På helsestasjonen kan helsesøster se hvordan mor trøster barnet ved vaksinasjon. Klette (2007) er opptatt av om mor svarer raskt på barnets uro og smerte. Ulland (2005) mener derimot at det er viktig å observere mors hensikt med trøsten og hvordan barnet responderer. Trøster mor for å lindre og berolige barnet? Eller er hun mer opptatt av å roe barnet for å få fred? Klette (2007) observerte at den vanligste formen for trøst var at barnet ble løftet opp, holdt rundt og strøket på. Mors evne til å være empatisk gjenspeiler hvordan mor er i samspill med barnet (Ulland, 2005). Forskning viser tydelig sammenheng mellom sensitiv mor og samarbeidende barn ved 3-4 måneder (Killén et al., 2006).

## **Kompetanse**

Halvorsen, Killén og Grøgaard (2013) hevder at det legges for lite vekt på omsorgssvikt i utdanning av helsepersonell, og i følge Killén et al. (2006) er det behov for bedre retningslinjer om hvordan man skal identifisere omsorgssvikt. Killén et al. (2006) hevder at helsesøster har gode forutsetninger for å oppdage omsorgssvikt. En undersøkelse viser derimot at 7 av 10 helsesøstre unnlater å stille spørsmål, fordi de ikke har tid til å følge opp svaret (Helmers & Dolonen, 2013). På en annen side mener Killén (2005) at økt kunnskap om hva helsesøster skal observere ikke trenger å kreve mer tid, men det blir derimot lettere å innhente observasjoner systematisk. Økt kompetanse gir i tillegg helsesøstre et felles teoretisk grunnlag med andre yrkesgrupper, blant annet barnevern, BUP og PPT (Killén, 2005). Ved å dokumentere observasjoner av samspill, kan helsesøster følge opp observasjoner hun gjør og avvik kan kartlegges tidlig. Helsepersonell har plikt til å dokumentere sine observasjoner (Sosial - og helsedirektoratet, 2004), i forhold til kvalitet og kontinuitet i behandling (Helsepersonelloven, 1999).

## **Tverrfaglig samarbeid**

Samarbeid med andre yrkesgrupper er viktig for å kunne oppdage omsorgssvikt (Killén et al., 2006). Killén (2009) hevder at det er viktig å innhente informasjon fra alle som er involverte i barnet, for å danne et helhetlig bilde. Barnets tilknytning lar seg ikke nødvendigvis observere i enhver situasjon, den kan komme tydeligere frem når barnet er utsatt for psykisk eller fysisk stress (Killén, 2003). Ainsworth (1979) utviklet fremmedsituasjonsprosedyren for å observere barnet i situasjoner med avskjed og gjenforening med mor. Barnets reaksjon på gjenforeningen reflekterer kvaliteten på samspillet. På helsestasjonen kommer/går mor og barn sammen, noe som gjør det vanskelig for helsesøster å observere gjenforening. Derimot kan de som arbeider i barnehage observere dette (Killén, 2009). Samarbeid med barnehage blir derfor betydningsfullt, da helsesøster får ytterligere informasjon om barnets reaksjon i gjenforeningsfasen. Dette gir et sterkere grunnlag i vurderingen av barnets tilknytning til mor (Killén, 2009). Helsestasjonstjenesten er pålagt å ha rutiner for samarbeid med blant annet fastleger, barnevernstjenesten, barnehage og pedagogisk-psykologisk tjeneste (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

## **Gruppekonsultasjoner**

I gruppekonsultasjon kan mødre og barn utveksle erfaringer, få innsikt, forståelse og hjelp til å mestre deres omsorgsrolle (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Gruppekonsultasjon vil også være til fordel for helsesøster. Killén et al. (2006) mener helsesøster får mulighet til å sammenligne mor - barn- samspill med andre mor - barn- samspill og lettere fange opp “risikosamspill” ved gruppekonsultasjoner. Helsesøster kan observere barnets initiativ og kontaktevne opp mot andre barn i tilfeller hvor helsesøster er usikker på kvaliteten på samspillet (Killén et al., 2006).

## KONKLUSJON

Det er begrenset forskning om emosjonell omsorgssvikt. Tilgjengelig forskning viser at med økt kunnskap og tidlig observasjon om samspill, bør helsesøstre kunne ha en mer sentral rolle i forebyggende arbeid. Det bør legges til rette for at helsesøstre lærer seg å vurdere hvor tyngden i samspillet ligger og observere hva som er godt samspill. For å kartlegge samspillet mellom mor og barn, kan det være nyttig at helsesøstre har et felles verktøy som er enkelt å anvende og lite tidkrevende. Et spørreskjema som MABISC vil i tillegg være kostnadseffektivt. Ved å observere samspill mellom mor og barn, kan helsesøster bidra til å oppdage emosjonell omsorgssvikt. Helsesøster kan gjøre observasjoner hos både mor og barn, blant annet ut i fra væremåte, signaler og i trøstesituasjoner. På denne måten kan helsesøster få et innblikk i barnets omsorgssituasjon. Det er viktig at helsesøster er oppmerksom på emosjonell omsorgssvikt i alle observasjoner av barnet og vurderer det i en helhet. Samarbeid med andre faggrupper blir derfor avgjørende.

## REFERANSER

- Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant – Mother Attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
- Barlow, J., MacMillan, H., Macdonald, G., Bennett, C. & Larkin, S.K. (2013). Psychological interventions to prevent recurrence of emotional abuse of children by their parents (Protocol). *The Cochrane Collaboration*. Hentet 8. november 2013 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010725/pdf>
- Barne- likestilling- og inkluderingsdepartementet. (2000). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Hentet 23. oktober 2013 fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/veiledninger\\_brosjyrer/2000/barnekonvensjonen-kortversjon-norsk.html?id=87582](http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/veiledninger_brosjyrer/2000/barnekonvensjonen-kortversjon-norsk.html?id=87582)
- Bowlby, J. (1958). The nature if the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373. Hentet 12. desember 2013 fra <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/nature%20of%20the%20childs%20tie%20bowlby.pdf>
- Clausen, S. -E. & Valset, K. (2012). Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995-2008: Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(7), 642-648.
- Community Practioner (2012). Health visitors: look out for signs of neglect, urge NSPCC. *Community Practioner*, 85(8), 4.
- Flatekvål, B. -L. S. (2014, 16. januar). Også helsesøstre mener det er for mange skjema. *Bergensavisen*. Hentet fra <http://www.ba.no/nyheter/article7107111.ece>
- Glavin, K. & Helseth S. (2005). Kunnskap i tråd med samfunnets behov; Det er billigere å forebygge enn å behandle sykdom. *Sykepleien*, 93(05), 56-5.



- Halvorsen, S., Killén, K. & Grøgaard, J. (2013). Hvorfor overser vi barnemishandling? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(1), 16-7.
- Helmers, A. -K. B. & Dolonen, K. A. (2013). Dette svarer helsesøstrene til Sykepleien. Hentet 10.november 2013 fra <http://www.sykepleien.no/nyhet/1125063/dette-svarer-helsesostrene-til-sykepleien>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)*. Hentet 16.januar 2014 fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_8](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8)
- Høivik, M. S., Burkeland, N. A., Linaker, O. M. & Berg-Nielsen, T. S. (2013). The Mother and Baby Interaction Scale: a valid broadband instrument for efficient screening of postpartum interaction? A priliminary validation in Norway community sample. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 733-739.
- Killén, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24, 573-587.
- Killén, K. (2005). Forebygging – alles ansvar – en utfordring. I A.Von der Lippe & S. R. Wilkinson (Red.), *Risikoutvikling: tilknytning, omsorgssvikt og forebygging* (s.152-165). (NOVA rapport nr. 7/2005). Hentet fra [http://www.hioa.no/asset/562/1/562\\_1.pdf](http://www.hioa.no/asset/562/1/562_1.pdf)
- Killén, K. (2006). Samspill og tilknytning. I N. Misvær & G. Oftedal (Red.), *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år* (s.225-240). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Killén, K. (2009). *Sveket I, barn i risiko og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Killén, K. (2010). *Sveket II, ansvar og (be)handling*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Killén, K., Klette, T. & Arnevik, E. (2006). Tidlig mor - barn-samspill i norske familier. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43, 694-701.

- Klette, T. (2007). *Tid for trøst: En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet i to generasjoner* (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Norge). Hentet fra [http://www.nova.no/asset/2721/1/2721\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/2721/1/2721_1.pdf)
- Kunnskapssenteret (2008). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 2. oktober 2013 fra [www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler](http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler)
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko, skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Larsen, E. (2005). Samarbeid på tvers til sårbare barns beste. I A. Von der Lippe, & S. R. Wilkinson (Red.), *Risikoutvikling: tilknytning, omsorgssvikt og forebygging* (s.138-149) (NOVA rapport nr. 7/2005). Hentet fra [http://www.hioa.no/asset/562/1/562\\_1.pdf](http://www.hioa.no/asset/562/1/562_1.pdf)
- Smith, L. (2010). Når barn er i risiko for omsorgssvikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(5), 402.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Hentet 9. november 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten-/Publikasjoner/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>
- Store Norske Leksikon. (2014). Hentet 15. januar 2014 fra [http://snl.no/John\\_Bowlby](http://snl.no/John_Bowlby)
- Storå, P., Stordalen, M., Stjern, T., Strøm, K. B. & Sveinnhaug, A. (2002). Helsesøsters fokus i foreldre/barn-sampill. *Sykepleien*, 90(17) 32-36.

Torsteinson, S., Brandtzæg, I. & Powell, B. (2010). Circle of Security som forebyggende intervensjon i spesialisthelsetjenesten. I V. Moe, K. Slinning & M. B., Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s.721-742). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ulland, E. (2005). *Hvordan oppdager og formidler helsesøstre et godt samspill mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år.* (Master of Public Health, Nordisak högskolan för folkhälsovetenskap). Hentet fra <http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/MPH%202005-16%20EUlland.pdf>